UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1961 N° 29

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES COMPLICATIONS PÉRITONÉALES DES SIGMOÏDITES

THESE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1961

PAR

PAUL SABATIER

MEMBRES DU JURY

MM. GRIMOUD, *Président*
DARNAUD
RIEUNAU
FICAT
DENARD, *Suppléant.*

Assesseurs

IMPRIMERIE PARISIENNE
16, Place du Salin 16
TOULOUSE

1961

Contribution à l'Etude

des

Complications Péritonéales

des Sigmoïdites

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548920_0059

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1961 N° 29

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES COMPLICATIONS PÉRITONÉALES DES SIGMOÏDITES

THESE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1961

PAR

PAUL SABATIER

MEMBRES DU JURY

MM. GRIMOUD, *Président*
DARNAUD
RIEUNAU
FICAT
DENARD, *Suppléant.*

Assesseurs

IMPRIMERIE PARISIENNE
16, Place du Salin 16
TOULOUSE

1961

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN. . . . . M. LAZORTHES
ASSESSEUR. . . . . CAUJOLLE
Doyens Honoraires. . . . . MM. GORSE
CALVET
LEFEBVRE

Professeurs honoraires. . . MM. VALLOIS
CLERMONT
DUCUING
RIBAUT
NANTA
TAPIE
BRUSTIER

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique Médicale. . . . . MM. MERIEL
Clinique Médicale. . . . . GADRAT
Clinique chirurgicale et gynécologique. . . . . FABRE (P.)
Clinique chirurgicale et du Cancer. . . . . GRIMOUD
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie. . . . . VIRENQUE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . BAZEX
Clinique des maladies de la Tuberculose et Pathologie interne. . . . . MOREL
Clinique des maladies des voies urinaires. . . . . N...
Clinique médicale infantile et Puériculture. . . . . SOREL
Clinique de Neurologie et Psychiatrie. . . . . RISER
Clinique obstétricale. . . . . GUILHEM
Clinique odonto-stomatologique. . . . . CADENAT (E.)
Clinique ophtalmologique. . CALMETTES
Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale. . . . CALVET
Cliniq. traumatolog. des membres RIEUNAU
Accouchement et obstétricie sociale PONTONNIER
Anatomie. . . . . LAZORTHES
Anatomie appliquée. . . . . POULHES
Anatomie pathologique. . . . FABRE (J.)
Bactériologie, Hygiène et Médecine sociale. . . . . ANDRIEU
Chimie biologique. . . . . VALDIGUIE
Electro-Radiologie. . . . . MARQUES
mbryologieg enerale. . . . . BROUSSY
Histologie. . . . . BIMES
Hydrologie thérapeutique et climatologie. . . . . DARNAUD
Médecine Légale du Travail PLANQUES
Médecine Sociale. . . . . BOUNHOURE
Parasitologie. . . . . BOUISSET
Pathologie chirurgicale. . . . N...
Pathologie générale et Médecine expérimentale. . . . SENDRAIL
Physico-Chimie. . . . . AUVERGNAT
Physiologie appliquée et Pharmacologie. . . . . BAISSET
Physique biologique et médicale. . . . . BUGNARD
Propédeutique médicale. . . . GERAUD
Thérapeutique. . . . . DARDENNE

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée. . . . . MM. COULOUMA
Pathologie médicale. . . . . LAPORTE (J.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Bactériologie. . . . . Mme ENJALBERT
Physiologie. . . . . LAPORTE (Y.)
Biochimie médicale. . . . . MM. DOUSTE-BLAZY
Physique médicale. . . . . BRU

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie Pathologique. . . . BOUISSOU
Histologie et Embryologie. . . . PLANEL
Parasitologie. . . . . RUFFIE (J.)
Physiologie. . . . . MONTASTRUC

AGREGES

Pathologie médicale. . . . . MM. MONNIER
RIBAUT
DELAUDE
CALAZEL
Pathologie chirurgicale. . . ENJALBERT
FICAT
PASQUIE
SOUQUET
Médecine légale . . . . . GREZES-RUEFF
Odontostomatologie . . . . . CADENAT (H.)
Pédiatrie . . . . . BARDIER
Rhumatologie. . . . . RUFFIE (R.)

AGRÉGÉS LIBRES

Anatomie . . . . . THOMAS
Ophtalmologie . . . . . DEODATI
Oto-Rhino-Laryngologie . CLAUX
Pathologie Chirurgicale . . DAMBRIN
DIEULAFE
Urologie. . . . . LHEZ

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie. . . . . Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique, Toxicologie et Hygiène industrielle N...
Chimie pharmaceutique. . . . BLANC
Histoire Naturelle. . . . . MM. DELAS
Matière Médicale. . . . . VINCENT
Pharmacie chimique pharmacodynamie. . . . . CAUJOLLE
Pharmacie galénique. . . . . STANISLAS

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie. . . . . M. COUTURIER

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences appliquées (Toxicologie), ... M. BOURBON
Sciences Naturelles. . . . . Mlle MEYNIER
M. ROUX

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Microbiologie. . . . . MM. BREUILLAUD
Sciences Physiques. . . . . M. PITET

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire Principal. . . . . M. ROCHE
Secrétaire. . . . . Mme LAFFONT

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats
(Délibération en date du 12 mai 1891)

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PERE ET A MA MERE,

« Que ce modeste travail leur soit un témoignage de ma reconnaissance et de mon affection. »

A MA FEMME,

A MON FILS,

A MA SŒUR,

A TOUS MES PARENTS,

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRIMOUD

Professeur de Clinique Chirurgicale et du Cancer
Chirurgien des Hôpitaux

« Il nous a fait l'honneur de présider le Jury de cette Thèse qui souhaite ne pas trahir sa pensée.

« Par la bienveillance de son accueil, il a acquis un titre de plus à notre reconnaissance. »

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DARNAUD

Professeur d'Hydrologie Thérapeutique et de Climatologie à la Faculté
Membre de la Société Française de Gastro-Entérologie
Chevalier de la Légion d'Honneur

« Nous sommes très sensible à l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de nous juger et nous le prions de croire à l'assurance de nos sentiments respectueusement dévoués. »

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIEUNAU

Professeur de Clinique Traumatologique des membres
Chirurgien des Hôpitaux

« Sa présence dans le Jury est pour nous un grand honneur ; nous le prions d'accepter le témoignage de notre respectueuse gratitude. »

MONSIEUR LE PROFESSEUR FICAT

Professeur Agrégé de Pathologie Chirurgicale

« Avec notre gratitude respectueuse pour avoir bien voulu siéger parmi nos Juges. »

MONSIEUR LE DOCTEUR DENARD

Chargé de Cours à la Faculté
Assistant des Hôpitaux

« Avec nos remerciements pour avoir accepté de juger notre Thèse »

A TOUS NOS MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAPEYRERE

Assistant en Chirurgie des Hôpitaux

« Pour son aide, l'intérêt qu'il a porté à notre travail ; avec l'assurance de notre respectueuse reconnaissance. »

A MADAME LE DOCTEUR GREZE-RUEFF

Assistant en Chirurgie des Hôpitaux

« Elle nous a, sans compter, prodigué son appui et nous a largement fait bénéficier de ses idées et de son expérience ; qu'elle trouve ici l'expression de notre immense gratitude. »

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

A l'origine des péritonites aiguës, les lésions appendiculaires, gastriques et génitales, occupent toujours par leur fréquence les grands premiers rôles mais, au cours d'un stage hospitalier aux Etats-Unis, nous avons été frappés par le nombre d'abdomens aigus ayant pour point de départ des colites et surtout des sigmoïdites graves.

En France, aussi, cette fréquence qui paraît s'accroître d'année en année, a frappé de nombreux chirurgiens qui, dans les services de chirurgie générale, reçoivent en urgence des syndromes très divers, péritonéaux, occlusifs, hémorragiques, relevant de cette étiologie et posant des problèmes de diagnostic et de traitement difficiles.

Nous avons été chargé de revoir les douze cas de péritonites aiguës d'origine sigmoïdienne traités dans le Service du Professeur Grimoud de Chirurgie-Sud du Centre hospitalier de Toulouse, au cours des quatre dernières années.

L'étude de ces douze cas constitue le but du présent travail.

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL ANATOMO-CLINIQUE

Les complications péritonéales des sigmoïdites chroniques sont bien connues et parfaitement étudiées depuis longtemps.

Déjà en 1893, MAYOR, de Genève, emploie le terme de sigmoïdite à propos de l'inflammation du colon terminal que l'on retrouve à l'origine de certaines suppurations de la fosse iliaque gauche.

En 1897, JABOULAY publie les premières observations françaises de sigmoïdites.

Aux études anatomo-pathologiques de l'S iliaque de MORGAGNI et CRUVEILHER montrant cette « curiosité » qu'est la diverticulose colique, viennent s'ajouter les travaux de PATEL, MAYO, QUERVAIN qui soulignent la fréquence des complications de celle-ci.

PATEL compare les diverticules « à autant d'appendices petits et nombreux » dans son rapport au Congrès de Chirurgie de 1913.

En 1903, déjà, Koch et Hochnegg publient un cas de sigmoïdite associée à un cancer.

Plus tard, l'origine diverticulaire obligatoire des inflammations de l'S iliaque sera d'ailleurs contestée : Tixier, Bertrand, Bensaude, Hillemand, Clavel, examinent des pièces de colectomie sur lesquelles on ne retrouve aucun diverticule.

La thérapeutique chirurgicale est bien précisée dans ses modalités par Swynghedauw en 1926, Schoemaker et Soupault en 1936 au Congrès du Caire. Les fistules colo-vésicales sont étudiées par Gouverneur et Aboulker au Congrès d'Urologie de 1937.

En 1937, la thèse de Soustelle inspirée par Patel et Delore, Tixier et Bertrand fait une étude très complète des sigmoïdites dont les descriptions anatomiques et cliniques demeurent actuelles.

En 1942, Prat et Paschetta publient une étude approfondie des complications sigmoïdiennes dans la diverticulite du colon pelvien.

En 1942, Roux et Lendel dégagent la pathogénie et les traitement des perforations du sigmoïde.

En 1950, Sénèque et Crépy codifient le traitement des complications chirurgicales aiguës.

Depuis ces dix dernières années les Anglo-Saxons s'intéressent à cette question et ont consacré de nombreux travaux à la diverticulose colique.

Wecch insiste sur l'intérêt du dépistage précoce de la diverticulose et, avec Allen, Pemberton, Patterson s'affirme en faveur d'une chirurgie radicale de la

diverticulite sous la couverture antibiotique qui a transformé la chirurgie du colon.

Grâce à ces nombreux travaux, les sigmoïdites et leurs complications sont, à l'heure actuelle, devenues très classiques et nous voudrions rappeler très brièvement les notions essentielles qu'il est indispensable de connaître avant de présenter nos observations personnelles.

Maladies de l'âge mûr et surtout de la vieillesse, les sigmoïdites se rencontrent rarement avant 45 ans. Après cet âge leur fréquence ne cesse d'augmenter, plus nombreuses semble-t-il chez l'homme.

Les causes prédisposantes les plus connues sont la constipation et la présence de diverticules coliques.

Les sigmoïdites classiques sont la plupart du temps bien tolérées, se limitant à une atteinte muqueuse par un processus inflammatoire peu évolutif. Elles se traduisent cliniquement par un tableau d'entéro-colite chronique avec des poussées subaiguës plus ou moins bien tolérées par le malade et contrôlées par les médications classiques.

L'examen physique montre un sigmoïde douloureux et perceptible à la palpation parce que spasmé. La sigmoïdoscopie révèle une muqueuse œdémateuse, fragile, légèrement hémorragique. L'examen radiologique montre, en dehors des poussées subaiguës, des images de colite spasmodique et souvent des diverticules plus ou moins nombreux. Au moment des poussées subaiguës, il existe une mauvaise imprégnation colique due à l'intolérance du segment malade et parfois des contours flous dus à l'œdème.

Cette forme légère est la forme habituelle entraî-

nant peu de troubles généraux. Le régime, les antispasmodiques, les désinfectants intestinaux, les sulfamides, les antibiotiques à doses modérées, s'ils ne la guérissent pas toujours définitivement rendent l'affection supportable et compatible avec une vie normale.

Ainsi traitée la sigmoïdite se complique rarement.

Mais lorsqu'elle est méconnue ou négligée, elle peut donner naissance à de nombreuses complications parmi lesquelles les complications péritonéales sont au premier plan par leur fréquence et leur gravité. Quelquefois, mais beaucoup plus rarement, la complication péritonéale peut constituer le signe révélateur d'une infection sigmoïdienne latente.

Ces complications péritonéales se divisent en complications en péritoine libre et complications en péritoine cloisonné.

1° Complications en péritoine libre : Les Péritonites.

Leur fréquence vient au cinquième rang des perforations viscérales après celles d'origine gastrique, appendiculaire, génitale et biliaire.

La perforation peut, soit s'ouvrir dans la cavité péritonéale, soit décoller la sous-muqueuse produisant un tunnel séreux, cachant plus ou moins l'orifice.

La péritonite peut succéder à un abcès qui se rompt dans la grande cavité péritonéale.

Classiquement, la péritonite diverticulaire atteint brutalement un malade qui présentait déjà un syndrome

d'entéro-colite chronique, réalisant le drame de la perforation d'un viscère creux : coup de poignard initial, vomissements, état de choc, contracture, pneumo-péritoine. L'origine divecticulaire de la perforation sera suspectée devant quelques signes :

— le début de la douleur dans la fosse iliaque gauche s'étendant ensuite à tout l'abdomen ;

— la température qui s'élève ; les perforations gastriques sont apyrétiques à leur début ;

— l'importance du météorisme, la perforation portant sur le colon où les gaz sont abondants ;

— la palpation soigneuse décelant une contracture élective dans la fosse iliaque gauche où la région hypogastrique.

L'évolution, en l'absence d'intervention, se fait « avec une rapidité déconcertante » en deux ou trois jours dans une septicémie et un collapsus général irréversible.

La laparotomie montre un épanchement sero-purulent peu abondant au début.

La perforation apparaît extrêmement petite, ou au contraire, comme une véritable perte de substance au milieu d'un placard sphacélique. Elle peut parfois être multiple, en pomme d'arrosoir, à bords mâchés, déchiquetés, se prêtant mal à la suture.

La perforation siège, le plus souvent, au sommet ou à la base d'un diverticule, plus ou moins entourée d'amas inflammatoires, de fausses membranes ou cachée dans des franges épiploïques œdématisées et infiltrées qui la cachent parfois compètement.

2° Complications en péritoine cloisonné : Les Périsigmoïdites.

a) *La périsigmoïdite plastique.*

Elle succède à une crise de sigmoïdite plus sérieuse que les précédentes, qui, au lieu d'évoluer vers une rémission, s'aggrave progressivement, s'accompagne de phénomènes subocclusifs, de signes généraux importants et surtout au point de vue physique, d'un empâtement douloureux périsigmoïdien avec formation d'un « plastron » tout à fait comparable au plastron appendiculaire. Si l'on intervient, d'ailleurs à tort, à ce moment-là, on trouve un colon sigmoïdien d'aspect rigide, épaissi, cartonné ; le péritoine enflammé recouvert d'exsudats fibrineux est le siège de proliférations inflammatoires qui accolent le sigmoïde à la paroi abdomino-pelvienne. L'épiplon et les anses grêles viennent recouvrir cette masse inflammatoire.

Ces périsigmoïdites évolueront :

— soit, vers la résolution et un état d'inflammation chronique ;

— soit, vers la suppuration, rejoignant alors les formes suivantes.

b) *Les périsigmoïdites suppurées.*

L'étude de ces évolutions en péritoine cloisonné a été faite par Patel, Le Landais, Brancy ; les abcès succèdent :

— soit, à une périsigmoïdite plastique ;

— soit, à la perforation d'une lésion sigmoïdienne dans un péritoine précédemment cloisonné.

D'après leurs formes topographiques, on distingue ;

— les abcès intrapéritonéaux siégeant sur le colon mobile et pouvant être :
  - antéro externes, au-dessus de l'arcade crurale ;
  - antéro supérieurs, sous le bord externe du grand droit ;
  - pelviens ou abdomino pelviens, semblables aux abcès appendiculaires, accessibles au rectal.

— les abcès intra méso coliques, rares, dus à une suppuration diverticulaire dans le méso, très profonds, d'un diagnostic très difficile ;

— les abcès extra péritonéaux, rares, torpides, profonds, logés dans l'atmosphère celluleuse sous-péritonéale de la fosse iliaque gauche et de la partie inférieure de la fosse lombaire.

Ces abcès évoluent vers l'ouverture :

— dans la grande cavité péritonéale, provoquant une péritonite aiguë généralisée en deux temps : éventualité rare du fait de multiples adhérences qui cloisonnent ces abcès ;

— à la peau, dans le voisinage ou par fusée à distance ;

— dans l'intestin ;

— dans la vessie.

Au point de vue clinique, ces abcès se traduisent par les signes classiques de suppuration profonde avec la température à grandes oscillations, l'atteinte profonde de l'état général, l'amaigrissement rapide aboutissant à la cachexie.

Si l'abcès n'est pas correctement drainé, si les matières ne sont pas dérivées par colostomie, on aboutit le plus souvent à la constitution d'un abcès pyostercoral s'évacuant insuffisamment par la paroi abdominale, la vessie ou le rectum, qui entraînera la mort en quelques semaines.

Tels sont les tableaux classiques des complications péritonéales des sigmoïdites que nous allons maintenant illustrer par nos propres observations.

Chapitre II

NOS OBSERVATIONS

I. — Sigmoïdites aiguës avec plastron

Observation N° I

Monsieur D..., 84 ans, est hospitalisé d'urgence pour occlusion intestinale par étranglement herniaire probable.

En effet, il existe deux hernies inguino-scrotales volumineuses, incomplètement réductibles, mais aussi un état de tension douloureuse des régions hypogastrique et iliaque gauche. Cette distension intestinale fébrile a d'ailleurs été précédée de plusieurs crises semblables qui ont régressé spontanément. En raison de l'âge et de l'état général un traitement sous antibiotiques est d'abord préféré et il est suivi d'une amélioration des signes occlusifs ; quelques jours plus tard, un lavement baryté met en évidence des diverticules recto-sigmoïdiens.

En conclusion, les phénomènes occlusifs sont secon-

daires à des poussées de diverticulite ayant même ici simulé un engouement herniaire.

⁂

Observation N° 2

Madame B..., 70 ans, est hospitalisée pour crises douloureuses iliaques gauches avec température, ténesme rectal et constipation opiniâtre. A l'examen, toute la

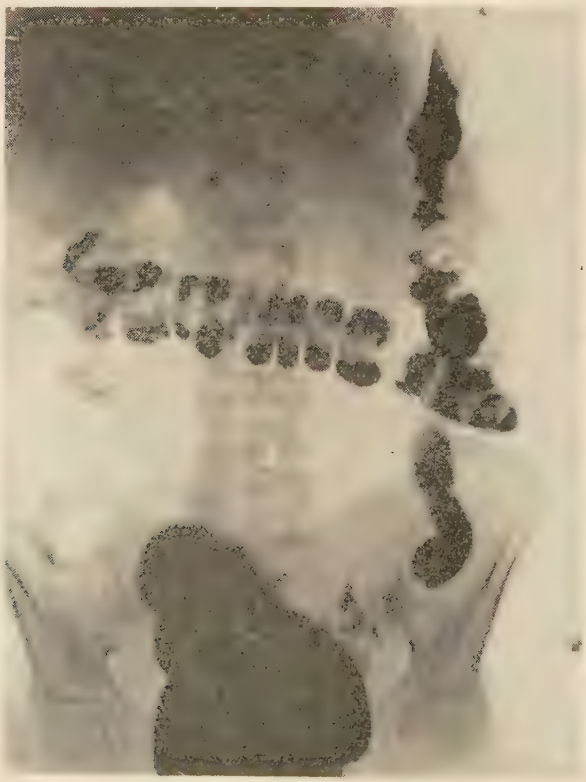

Fig. 1. — Nombreux diverticules sigmoïdiens.

région de la fosse iliaque gauche est tendue, douloureuse et soulevée par une anse intestinale qui paraît fixée, inflammatoire, faisant craindre l'apparition d'une suppuration à son niveau. La crise disparaît sous l'influence d'une traitement médical à base de néo-collargol et de Terramycine. Un lavement baryté pratiqué quinze jours plus tard montre une diverticulose très importante responsable des troubles observés (fig. 1).

⁂

Observation N° 3

Madame L. M..., 51 ans, admise en urgence avec un diagnostic de hernie étranglée.

Tableau d'occlusion fébrile. Le matin même douleur brutale dans la région pelvienne qui s'atténue et se localise à gauche. Dans la fosse iliaque gauche on trouve une contracture localisée au-dessus d'une masse empâtée. Au toucher : utérus mobile, cul de sac gauche empâté très douloureux. Etat général bon. Température 38°8.

On porte le diagnostic de sigmoïdite aiguë.

Un traitement médical (perfusion de Terramycine I. V. - Péni-Strepto I. M.) amène au bout de deux jours une régression puis une disparition des signes. Quinze jours plus tard un lavement baryté montre des aspects de sigmoïdite non diverticulaire.

La malade est repartie avec un traitement d'entretien.

II. — Perforation en péritoine cloisonné.

Observation N° 4.

Madame C..., 75 ans, présente de l'amaigrissement, des troubles du transit, une alternance de diarrhée et de constipation conduisant à pratiquer un lavement baryté qui montre l'existence d'une diverticulose droite et gauche (fig. 2).

Fig. 2. — Importante diverculose colique droite.

Dans la suite, la palpation permet de noter la présence d'une tumeur dans la fosse iliaque droite refoulant le cæcum et le colon ascendant en dedans, évoquant le diagnostic de néo du colon droit ou de sigmoïdite plastique.

L'intervention permet de découvrir une volumineuse tumeur pariéto-cæcale externe largement fixée au plan ostéo-musculaire de la fosse iliaque droite et inextirpable. La dissection par le haut, puis par le bas est impossible. Pas de biopsie ; le diagnostic hésite : Sarcome ? abcès pottique ?

Une seconde intervention est nécessaire sept mois plus tard : Incision de drainage d'un abcès retro-cæco-colique droit renfermant un demi-litre de pus fétide d'odeur fécaloïde. Les suites opératoires sont très bonnes : affaissement de la masse, reprise de l'état général.

⁂

Observation N° 5

Madame B..., 56 ans, est hospitalisée d'urgence après plusieurs jours d'affection abdominale fébrile. Elle se présente dans un état désespéré dans lequel des signes péritonéaux et occlusifs paraissent s'associer.

Cet état s'améliore nettement sous l'action du traitement médical : Perfusion, Terramycine I. V., glace abdominale.

Nouvelle aggravation vers le 10 ^{e} jour qui entraîne une décision opératoire. A l'intervention : micro abcès multiples disséminés sur tout le grand épiplon et le péri-

toine viscéral et pariétal. Plaque nécrotique de la surface d'une paume de main siégeant sur le colon descendant. Colostomie transverse, drainage pariéto-colique mais décès quinze jours plus tard.

Cette malade avait été hospitalisée quelques mois plus tôt pour troubles digestifs et atteinte de l'état général. Elle était sortie sans diagnostic précis après un bilan très complet où manquait toutefois le lavement baryté.

***

Observation N° 6

Monsieur P..., 55 ans, adressé avec diagnostic de néo du rectum.

Etat général très altéré ; état cardio-vasculaire particulièrement mauvais.

L'examen local montre un blocage du petit bassin par une énorme masse fixée entraînant un syndrome rectal net, des hémorragies intestinales et un écoulement purulent abondant.

La rectoscopie montre une muqueuse rectale enflammée non bourgeonnante et, à la face antérieure de l'ampoule rectale, une perforation à l'emporte-pièce de la taille d'une pièce de 20 francs par laquelle se fait la suppuration.

On porte le diagnostic d'abcès péri-néoplasique fistulisé dans l'ampoule rectale par tumeur sigmoïdienne prolabée dans le Douglas. On pratique une colostomie à l'anesthésie locale.

Revu un ans plus tard, tous les signes locaux ont disparu, l'état général est bon et l'intervention exploratrice ne révèle ni tumeur, ni signes inflammatoires sur le recto sigmoïde. Il existe seulement un nodule cicatriciel du méso-sigmoïde et une péri-sigmoïdite localisée résiduelle. Le diagnostic rétrospectif est celui de sigmoïdite aiguë avec abcès du Douglas. Fermeture de la colostomie.

Observation N° 7

Monsieur C..., 73 ans, arriva dans un état grave avec une occlusion datant de trois jours ; ballonnement important et contracture de la paroi localisée à gauche ; pas de passé digestif, excepté une petite rectorraghie la veille de l'accident aigu.

On pense à un néo du sigmoïde et l'on se contente d'un traitement médical qui entraîne une amélioration rapide des signes occlusifs.

Un lavement baryté pratiqué quatre jours après son entrée montre un aspect de sigmoïdite typique avec flou de la lumière intestinale sur une portion étendue de la région sigmoïdienne. Après le lavement, réapparition des signes péritonéaux et occlusifs puis évacuation d'une quantité considérable de pus fétide par voie rectale. On pratique alors une colostomie transverse sous- anesthésie locale mais la fistule rectale persiste et la suppuration ne se tarit pas. L'état général décline rapidement et le malade meurt au bout de trois semaines.

Un examen nécropsique montre une perforation

nécrotique, non néoplasique, siégeant sur le colon descendant ainsi que de nombreux diverticules sigmoïdiens enflammés.

III. — Perforations en péritoine libre.

Observation N° 8.

Monsieur V..., 58 ans, ne présente aucun accident digestif dans son passé. A subi une cure de hernie inguinale gauche.

Dans les trois jours précédant l'admission, apparition de ballonnement avec constipation et douleur dans la fosse iliaque gauche. Quelques heures après une douleur brutale dans la région hypogastrique, il présente un état de choc léger, une température à 39°, un arrêt complet des matières et des gaz. L'abdomen est tendu, ne respire pas et il existe une contracture nette de la fosse iliaque gauche où l'on palpe une anse intestinale tendue et très douloureuse. Le diagnostic est incertain et l'on évoque la possibilité d'une occlusion par bride en raison de la cure de hernie pratiquée quelques années plus tôt.

Une laparatomie d'urgence par incision sous-ombilicale découvre une sigmoïdite d'origine diverticulaire adhérent à la paroi abdominale par un processus inflammatoire récent avec dépôt fibrineux et zone de micro abcès cloisonnés. Un diverticule est perforé dans la cavité péritonéale où l'on trouve du pus louche, fétide mais peu

abondant. Suture de la perforation, épiploplastie, drain pariéto-colique gauche. Suites post-opératoires normales.

Fig. 3. — Diverticulose du colon descendant et sigmoïde.

Le malade est revu un an après en excellente condition. Un lavement baryté montre une diverticulose colique gauche particulièrement importante (fig 3).

⁂

Observation N° 9.

Madame T..., 71 ans. Traitée pour constipation ancienne présente une occlusion aiguë évoquant une lésion néoplasique du colon descendant.

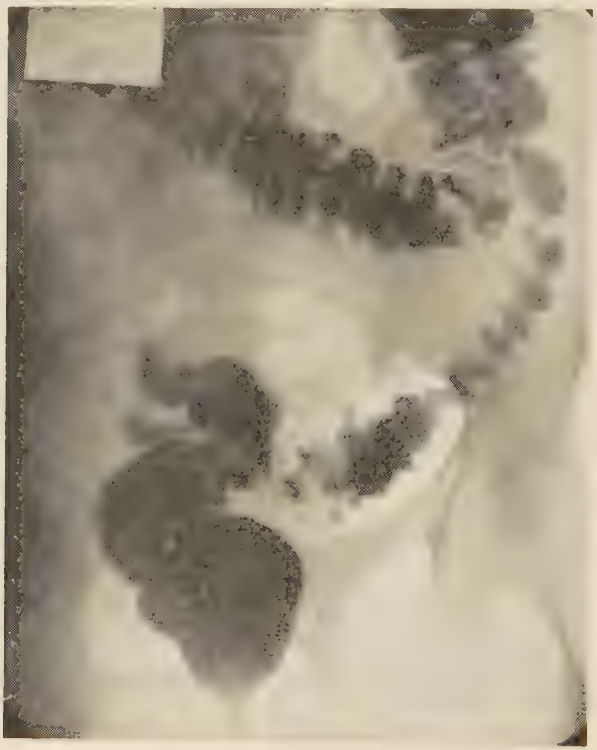

Fig. 4. — Aspect « en pile d'assiettes » et nombreux diverticules.

Un lavement baryté montre un arrêt incomplet et un défilé tortueux siégeant au niveau de la région sous angulo colique gauche. A l'intervention, il apparaît que cette sténose est due à la présence d'une bride diverticulaire agissant comme agent d'étranglement (fig. 4).

Section simple de cette bride.

La malade est revue un an plus tard dans un état grave évoluant depuis deux jours et faisant porter le diagnostic de « péritonite aiguë généralisée ».

A l'intervention, découverte d'une perforation d'un diverticule siégeant sur le tiers inférieur du sigmoïde. Suture en deux plans, épiploplastie ; pénicilline, streptomycine locale : drain dans le Douglas. Suites opératoires simples ; aucun nouvel accident avec un recul de deux ans.

⁂

Observation N° 10.

Madame G..., 48 ans, a subi plusieurs interventions pour appendicite, hernie et volumineuse éventration ayant nécessité la mise en place d'une plaque de nylon.

Atteinte dans la rue d'une douleur brutale, syncopale, siégeant dans la partie basse de l'abdomen et nécessitant son transport d'urgence dans le service.

Les antécédents sont des troubles digestifs assez nets remontant à quelques mois et constitués de ballonnements, constipation, crises diarrhéiques.

Le tableau actuel est celui d'une pelvi péritonite qui s'aggrave et diffuse dans la grande cavité.

La laparotomie montre un maximum de lésions dans le cul de sac de Douglas dont l'accès est très difficile et n'est réalisé qu'au prix d'une hystérectomie sub-totale. Mais l'utérus, la trompe et les ovaires sont presque normaux et leurs lésions ne peuvent expliquer la pelvi péri-

tonite. Par contre, la région recto-sigmoïdienne présente de nombreux diverticules enflammés masqués par des dépôts fibrineux et perforés en deux points. Un drainage est établi dans le Douglas ainsi qu'une colectomie en amont. Les suites opératoires sont normales. L'anus iliaque gauche est fermé six mois plus tard sans colectomie.

Observation N° 11

Madame D..., 66 ans, est hospitalisée d'urgence dans un état général très grave après un épisode aigu remontant à quelques jours. Le tableau est celui d'une péritonite asthénique avec mélange de signes occlusifs et péritonéaux ; la contracture paraît prédominer dans la fosse iliaque gauche.

Dans les antécédents, épisode fébrile non étiqueté ayant motivé il y a quelques mois une longue hospitalisation dans un service de médecine.

On porte le diagnostic de péritonite par appendicite pelvienne.

Une laparotomie médiane montre une région cæco-appendiculaire normale, du pus fétide dans l'abdomen, semblant provenir de la région du Douglas dont l'accès est très difficile en raison de la présence de nombreuses fausses membranes.

Des diverticules recto-sigmoïdiens enflammés sont nettement visibles, mais on ne découvre pas de perforation à leur niveau. On se contente d'un drainage sans colostomie. Les suites sont troublées par l'apparition

d'une fistule sigmoïdienne et l'on est amené dix jours plus tard à pratiquer une colostomie en proche amont.

Revue au sixième mois en bonne condition, une colectomie gauche très étendue avec bascule du colon droit est faite à l'occasion de la fermeture de l'anus. Très bonnes suites opératoires. Aucun trouble digestif depuis lors.

⁂

Observation N° 12

Madame R..., 71 ans, est hospitalisée d'urgence dans un état grave de péritonite généralisée au stade quasi terminal. Contracture abdominale diffuse, faciès toxique, respiration accélérée, pouls petit, filant, tension artérielle effondrée, taches cyanotiques sur le visage et les membres.

Dans les antécédents, simples crises de diarrhée intermittentes devenues quotidiennes depuis trois ans. Le début de l'épisode actuel remonte à plusieurs jours et a été marqué par une aggravation des signes digestifs associés à un état infectieux résistant aux antibiotiques. On pense à une appendicite perforée des vieillards, mais le diagnostic étant incertain on pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale. Elle découvre une péritonite du type fécaloïde généralisée à pus fétide, abondant, due à une perforation de la face antérieure du recto sigmoïde. Suture en deux plans de la perforation et drain dans le Douglas.

Suites post-opératoires sans incident. La malade est revue un an plus tard avec un bon état général. Les trou-

bles digestifs ont disparu. Un lavement baryté est pratiqué alors et montre un petit nombre de diverticules disséminés sur le sigmoïde et le colon descendant.

⁂

— De ces observations nous pouvons faire un résumé récapitulatif et dégager certaines notions.

I. — Notions étiologiques.

Sur les 12 patients faisant l'objet de nos observations, nous relevons :

5 hommes, soit : 42 %
7 femmes, soit : 58 %

H. Friensen, dans une statistique portant sur 21 cas opérés rapporte un pourcentage à peu près exactement inverse :

9 femmes, soit : 41 %
13 hommes, soit : 59 %

L'incidence du sexe sur la probabilité des complications n'apparaît donc pas à retenir.

II. — Notions d'ancienneté dans les lésions.

Fréquence d'un passé digestif ayant motivé une consultation ou même une hospitalisation :

8 cas, soit : 67 %

La cause de ces troubles digestifs a été reconnue dans :

2 cas, soit : 17 %

Absence de passé digestif ou si discret que les complications en ont été le premier signe :

4 cas, soit : 33 %

III. — Notions concernant la thérapeutique.

Elle a été très variable.

A. — *Traitement médical :*

- Glace abdominale.
- Perfusion de terramycine I. V.
- Péni-strepto I. M.

3 cas : soit 25 %

B. — *Intervention d'urgence.*

Pratiquée dans 5 cas pour lesquels on compte :

- *5 drainages :* 4 dans le Douglas (obs. 9, 10, 11, 12)
  1 pariétal (obs. 8)
  assortis d'une colostomie en amont dans 2 cas (obs. 10 et 11).

C. — *Intervention retardée.*

Pratiquée dans 4 cas, soit 33 %, pour lesquels on compte :

- *3 colostomies* (obs. 5, 6, 7) dont une avec drainage pariétocolique (obs. 5) ;
- *1 drainage simple pariétocolique* (obs. 4).

IV. — Résultats.

A. — *Globaux :*

- 10 guérisons, soit : 84 % ;
- 2 décès, soit : 16 %.

B. — *Détaillés :*

Suivant la forme clinique :

a) *Sigmoïdite aiguë avec plastron :*
3 cas : 3 guérisons.

b) *Péritonite en péritoine cloisonné.*
4 cas : 2 guérisons
2 décès.

c) *Péritonite généralisée.*
5 cas : 5 guérisons.

On peut se rendre compte de la gravité de ces complications péritonéales à la lecture des chiffres publiés par Roux qui, en 1944, en présenta 49 observations :

— 33 décès (70 % de mortalité) dont 11 péritonites opérées après les 24 premières heures et 14 autres qui n'ont été reconnues qu'à l'examen nécropsique.

Sénèque et Crépy, en 1950, dans une statistique portant sur :

- 25 péritonites généralisées, accusent 9 décès ;
- 19 suppurations périsigmoïdiennes accusent 6 décès.

L. Friensen rapporte 21 observations de complications péritonéales de diverticulite et accuse 2 décès.

Chapitre III

DISCUSSION

A la lumière de ces observations, nous voudrions présenter une discussion portant sur deux chapitres :

I. — *Celui du diagnostic des sigmoïdites graves ou aggravées.*

C'est un diagnostic difficile puisqu'il est rarement porté sur les seuls éléments cliniques ; nous essayerons de dire pourquoi.

C'est un diagnostic qui devrait être porté plus souvent et plus précocement.

Nous essayerons de dégager les éléments qui devraient rendre à l'avenir ce diagnostic possible.

II. — *Celui du traitement des sigmoïdites graves.*

Nous essayerons d'après notre expérience d'établir des notions pratiques permettant de réduire les hésita-

tions et les incertitudes qui, encore aujourd'hui, rendent la thérapeutique incertaine.

***

I. — Diagnostic des sigmoïdites graves

Pourquoi le diagnostic de sigmoïdite est-il si rarement porté avant l'intervention ? C'est là un fait évident.

Toutes les observations présentées appartiennent à des malades qui nous ont été adressés par des médecins de Médecine Générale sans diagnostic ou avec un diagnostic erroné (hernie étranglée, salpingite, cancer). Il faut en conclure qu'en dehors des milieux médicaux spécialisés, alors qu'on pense toujours appendicite dès qu'un malade souffre à droite et que, par crainte de complications, on opère sans tarder : on ne s'inquiète pas s'il souffre à gauche et l'on ne pense pas qu'il puisse s'agir d'autre chose que d'une infection sans gravité chez un constipé, un entéritique : on ne fait pas de traitement préventif d'éventuelles complications : on ne fait pas le diagnostic de ces complications à leur début, on en sous-estime la gravité et finalement le chirurgien reçoit ces malades dans un état alarmant. Le diagnostic est alors plus difficile, ce qui retarde la mise en œuvre de traitements qui, à ce stade, sont pleins d'aléas.

Cependant, si dans quelques cas la complication est survenue sans passé digestif en pleine santé apparente (obs. N°. 8), dans de nombreux cas il y avait des antécédents digestifs ou pathologiques : on retrouve chez 8 malades :

— des poussées fébriles subocclusives (obs. N° 9) ;

— des crises de diarrhée intermittentes puis quotidiennes ;

— une constipation ancienne (obs. N° 9) ;

— une alternance de diarrhée et de constipation (obs. N°s 10 et 12) ;

— des troubles digestifs variés ayant motivé une hospitalisation et des bilans digestifs très poussés (obs. N°s 3 et 7) ;

— une atteinte de l'état général avec fébricule persistante mais sans signe digestif (obs. N° 11) ;

— une hospitalisation d'un mois avec bilan médical complet (cardiaque, pulmonaire). La malade sortie sans diagnostic avait continué à décliner conservant fièvre et asthénie jusqu'à la complication aiguë. Depuis la colectomie la malade est en parfaite santé prouvant a posteriori l'étiologie colitique de ces troubles de l'état général.

Cette méconnaissance de la pathologie sigmoïdienne frappante chez les médecins de Médecine Générale se retrouve chez le jeune chirurgien. Dans un cas (obs. N° 10) où l'intervention a été pratiquée d'urgence, le chirurgien a hésité à attribuer au sigmoïde le point de départ de la péritonite pensant que les signes inflammatoires qu'il constatait à son niveau pouvaient être secondaires à une lésion génitale. L'aspect chirurgical des diverticules lui était inconnu et, ne trouvant pas de perforation visible, il pensa que les lèsions sigmoïdiennes

n'étaient pas primitives mais secondaires à une infection de voisinage probablement génitale.

En dehors des milieux gastro-entérologiques et chirurgicaux pourquoi cette méconnaissance d'une affection qui, malgré son caractère histologiquement bénin, peut revêtir des formes graves comportant un pronostic très sombre si les gestes thérapeutiques ne sont pas accomplis au bon moment. Les sigmoïdites, aussi bien dans leurs formes graves ou compliquées que dans leurs formes légères, sont pourtant décrites depuis longtemps et si elles n'ont pas fait l'objet ces dernières années de nombreuses publications, c'est peut-être parce qu'il y avait peu de choses à ajouter aux excellentes descriptions cliniques et thérapeutiques dont elles avaient fait l'objet.

Pourquoi donc sont-elles si mal connues ? Nous voyons plusieurs raisons à cela.

1° Les sigmoïdites, surtout dans leurs formes graves, sont considérées comme rares.

En effet, nous apprenons bien, que 50 % des sujets de plus de 40 ans sont porteurs de diverticules coliques mais aussi seulement que 10 % seulement de ces diverticuloses se compliqueront de diverticulite dont 1/4 seulement devront être opérées (statistique de Pemberton rapportée par Sénèque). Toutes ces réductions fractionnelles laissent dans l'esprit une impression de rareté qui entraînera en pratique l'écart ou l'oubli de ce diagnostic de sigmoïdite compliquée considérée comme un diagnostic exceptionnel.

Néanmoins, si on rapporte ces chiffres à l'ensemble de la population d'âge supérieur à 40 ans, ils tendent

à prendre une plus grande signification. Et rapporter ces chiffres au nombre de médecins montrerait sans doute une fréquence moins qu'exceptionnelle des sigmoïdites compliquées. Il est, en outre, très probable que cette fréquence a beaucoup augmenté et ira encore en grandissant en raison de l'allongement de la vie moyenne (1 personne sur 12 aura plus de 65 ans en 1970 aux U.S.A. - H. A. PATTERSON). Le pourcentage de porteurs de diverticules augmente aussi dans chaque décade de vie.

2° Il est généralement admis que les sigmoïdites graves sont diverticulaires. Et l'absence de diverticules gêne pour porter le diagnostic.

Certains auteurs, PATEL, STRAUSS, FORNI, soutiennent qu'une perforation sigmoïdienne se produit toujours à travers un diverticule et si l'examen radiologique, voire celui de la pièce intestinale isolée, ne montre pas de diverticulose, la possibilité d'un unique diverticule leur apparaît toujours valable.

C'est une impression très générale lorsqu'on relit les publications au sujet des sigmoïdites. Elle est évidente dès le premier coup d'œil sur la bibliographie et surtout sur la bibliographie anglo-saxonne où les termes de « diverticulosis », « diverticulitis » reviennent très souvent dans les titres.

Or, comme le fait remarquer SÉNÈQUE ce n'est que dans 33 % des cas que l'on peut affirmer le caractère diverticulaire d'une sigmoïdite. Cet auteur pense qu'un faible pourcentage est pur, non diverticulaire, et qu'un grand nombre de ces intermédiaires reste d'étiologie douteuse. Sur le fond du problème celui de l'existence obli-

gatoire de diverticules à la base des sigmoïdites, nous ferons une remarque : la théorie du diverticule obligatoire a l'inconvénient d'introduire une fausse impression si l'on a du sujet une connaissance superficielle ; on hésitera à porter le diagnostic de sigmoïdite si l'on ne trouve pas des diverticules sur les clichés : or, ces diverticules n'existent peut-être pas toujours et, au moment des manifestations aiguës, ils ne sont pour la plupart du temps pas visibles. C'est à juste titre que, dans sa thèse récente sur les sigmoïdites, Devaux classe les diverticules dans les signes *indirects* de sigmoïdite. Beaucoup plus importants, à son avis, sont les intolérances étendues, les rétrécissements, les images déchiquetées, les images « en pile d'assiettes », les « éléments de radiateur », qui, eux, traduisent directement la sigmoïdite.

Paradoxalement, le diverticule est, peut-être, la lésion de base des sigmoïdites mais il n'est ni nécessaire, ni suffisant pour permettre le diagnostic de sigmoïdite. Ce n'est pas un signe pathognomonique.

3° Il existe une troisième cause d'erreur qui réside dans le terme même de sigmoïdite.

En effet, si le sigmoïde est le siège le plus fréquent des inflammations coliques et aussi le siège electif des formes compliquées, il ne constitue pas cependant la seule localisation des colites segmentaires. Tout le colon peut être le siège de lésions et, en particulier, le colon gauche. Ces localisations ectopiques vont donner une symptomatologie variable et soulever des problèmes de diagnostic différentiel. Nous sommes alors loin du tableau de l'appendicite à gauche bien classique et des diagnostics

de pancréatite, cholécystite, ileus biliare, appendicite, peuvent être évoqués.

Il semble qu'il vaudrait mieux non pas abandonner le terme de sigmoïdite consacré par l'usage mais évoquer par ce terme l'ensemble des colites segmentaires dont la sigmoïde est la localisation la plus fréquente.

4° Nous pouvons résumer, en somme, toutes ces causes d'erreur en disant que dans l'esprit du médecin praticien, il existe un « portrait robot » des colites graves.

Le diagnostic n'est jamais porté dans les cas qui s'en éloignent quelque peu. On n'y pense que chez l'homme âgé ayant un passé digestif ancien, des diverticules à localisation sigmoïdienne, si encore on n'applique pas l'aphorisme « il y a des diverticules, cherchons autre chose ».

Or, ce diagnostic qui, habituellement n'est pas fait, semble en réalité faisable dans la majorité des cas :

1. — Il devrait être porté *avant* les complications graves (dans de nombreux cas).

Plusieurs de nos malades ont consulté leur médecin dans la période qui a précédé l'hospitalisation. Paradoxalement, aucun, sauf un, (Obs. N° 7) n'avait eu de lavement baryté.

Devant une colite ancienne qui s'aggrave, qui s'accompagne de diarrhée, de fièvre, d'hémorragies intestinales, un lavement baryté doit être pratiqué. Il s'impose pour rechercher une néoplasie. A cette occasion, si le cancer est éliminé, il faut savoir attacher de l'importance aux diverticules, ne pas les considérer comme des

curiosités, et aussi ne pas tenir pour banales et sans intérêt les images de colite spasmodique en « pile d'assiettes », en « éléments de radiateur ». Ces images et, a fortiori, les images de colites avancées (conduit tubulé, retrécissement étendu, aspects en dent de scie, en créneaux) doivent orienter le diagnostic et la thérapeutique. Un traitement médical bien conduit et prolongé préviendra, la plupart du temps, l'apparition des complications et si celles-ci surviennent malgré tout, le diagnostic précoce, facilité par l'anamnèse, permettra la mise en œuvre d'un traitement chirurgical immédiat qui entraînera presque assurément la guérison.

Nous pensons aussi que le lavement baryté systématique peut trouver sa part dans le bilan complet nécessité chez les gens âgés par un *amaigrissement* insolite, une *fébricule* qui ne fait pas sa preuve. Un tel examen aurait probablement sauvé la vie d'un de nos malades et évité les interventions multiples subies par un autre.

2. — Le diagnostic devrait être porté *plus précocement* lorsque surviennent les complications graves.

Nos malades n'ont, en général, été adressés au chirurgien qu'après plusieurs jours d'observation sans qu'ait été mis en œuvre un traitement médical suffisant (glace abdominale ; péni-strepto I. M. ; réhydratation ; perfusion I. V. de tétracyline).

Pourtant la forme classique n'offre pas de grandes difficultés au clinicien : la prédominance des signes fonctionnels et physiques dans la fosse iliaque gauche, les phénomènes subocclusifs, dans les cas les plus graves la perception d'un plastron, la température plus ou moins

élevée suivant la gravité, doivent entraîner le diagnostic sinon avec certitude du moins avec une forte probabilité. Ce sont là des signes de sigmoïdite.

Si la sigmoïdite complique un cancer ou lui est associée — ce qui n'est pas exceptionnel — on le saura plus tard lorsque les phénomènes inflammatoires ayant rétrocédés les examens complémentaires seront possibles. La discussion sigmoïde ou cancer en phase aiguë est assez académique car la décision thérapeutique n'en dépend pas. Au contraire vouloir porter un diagnostic à tout prix peut être nocif ; on peut, en effet, être amené à faire un lavement baryté en urgence ; or, c'est là un *geste dangereux*. Ce danger est plusieurs fois signalé dans la littérature. Un de nos malades a eu une perforation colique, dont il est mort, à la suite de cet examen (obs. N° 5).

Bien entendu les signes ne sont pas toujours aussi évidents, mais on retrouve chez presque tous nos malades des éléments qui auraient permis un diagnostic plus précoce :

— le passé digestif que révèle presque toujours un interrogatoire soigneux avec souvent aggravation dans les semaines ou les mois précédents ;

— la prédominance à gauche même si les signes sont pelviens ou au contraire dans le flanc gauche ;

— l'empâtement diffus sur un segment colique ;

— le mélange des signes péritonéaux et occlusifs ;

— l'aspect rapidement asthénique et toxique de ces péritonites d'origine colique ;

— l'âge de nos malades, les plaçant dans les décades de la vie où la diverticulose est la plus fréquente.

C'est le groupement de ces signes qui doit faire soupçonner le diagnostic sur les seules bases cliniques.

— Il faut savoir se passer de certitude, ce qui ne veut pas dire attendre mais, au contraire, agir médicalement ou chirurgicalement.

Après l'observation de quelques-uns de ces malades, c'est un diagnostic auquel on pense et qui implique soit un traitement médical extrêmement énergique, soit l'intervention chirurgicale qui doit être préférée dans le doute à tout autre examen complémentaire. La laparotomie peut se révéler inutile mais elle comporte paradoxalement moins de risques qu'un examen complémentaire apparemment aussi banal qu'un lavement baryté.

Dans les cas assez graves, pour justifier une laparotomie, la colostomie est toujours indiquée et il est possible de l'exécuter dans les meilleures conditions sur un segment de colon transverse ou descendant à parois encore saines.

3. — Le diagnostic opératoire ne doit pas comporter d'hésitation et pour cela il suffit de connaître l'aspect très caractéristique du sigmoïde et du colon malade.

L'origine sigmoïdienne est évidente lorsque la perforation est visible. Elle l'est moins lorsque la perforation est couverte ou se cache derrière des franges graisseuses. Elle est alors inapparente, on ne doit pas la rechercher longuement au prix de manipulations dangereuses.

Les diverticules ne sont pas toujours visibles derrière les appendices épiploïques enflammés. On doit donc se contenter de l'aspect inflammatoire du colon et des appendices épiploïques pour porter le diagnostic, ce qui doit entraîner automatiquement la colostomie en amont.

Ce sont là des notions classiques mais non toujours parfaitement connues.

⁂

II. — Traitement des complications péritonéales.

Avec l'impression d'être mieux armé pour le diagnostic de ces complications péritonéales des sigmoïdites, nous allons aborder le problème de leur traitement.

Nous envisagerons d'un point de vue critique ce que nous avons fait, nous rappellerons brièvement quelques opinions relevées dans la littérature et nous essayerons de conclure en proposant un schéma thérapeutique.

1. *Parmi nos malades nous avons adopté :*

— Un traitement médical exclusif chez trois d'entr'eux qui présentaient des signes occlusifs et une contracture limitée traduisant une réaction péritonéale discrète. L'évolution, dans ces trois cas, a été favorable.

— Un traitement médical d'emblée, suivi quelques jours plus tard de colostomie transverse et drainage, dans deux cas, devant l'aggravation de l'état général et des signes locaux. Ces deux malades sont décédés.

— Un traitement chirurgical immédiat dans sept cas :

- 3 sutures suivies de drainage, suites simples : 3 guérisons.
- 2 colostomies en proche amont et drainage ; suites simples : 2 guérisons.
- 2 drainages simples : 2 guérisons : une avec suites simples, une avec suites troublées (ayant nécessité une colostomie dans un second temps).

2. *Quelle est d'autre part l'opinion des différents auteurs que nous avons relus ?*

Ils sont loin d'être unanimes, mais il semble que l'attitude la plus classique soit la suivante :

En cas de péritonite généralisée : laparotomie, suture, drainage, colostomie transverse.

En cas de péritonite localisée au stade de plastron : traitement médical ; au stade d'abcès : drainage et colostomie d'amont.

A côté de ce schéma classique, tout a été proposé et réalisé depuis la colectomie idéale en urgence jusqu'à l'abstention pure et simple avec traitement médical.

En fait, il semble bien que la majorité des auteurs ait été comme nous dans bien des cas, hésitants dans leur diagnostic, éclectiques dans leurs indications, se fiant à leur bon sens plus qu'à un schéma thérapeutique prémédité.

3. A la lumière de notre propre expérience et en nous basant sur les cas rapportés dans la littérature, nous croyons pouvoir dégager maintenant quelques idées simples qui guideront notre attitude en face de nos prochain malades.

Ce que nous ne ferons plus :

— Les sutures simples - sans colostomie de sécurité - bien qu'elles nous aient parfaitement réussi dans trois cas. L'avantage certain qu'en retire le malade qui ne se voit pas infliger un anus contre nature pèse moins dans la balance que les risques encourus. En effet, la perforation suturée peut n'être pas unique et surtout le segment malade n'est pas mis au repos, ce qui, par la suite, peut entraîner de nouvelles complications.

— A fortiori, les drainages simples sans colostomie lorsque la perforation n'est pas trouvée au cours de l'exploration. Nous avons eu dans un cas des suites très troublées avec fistule secondaire qu'une colostomie systématique aurait certainement évité.

Ce que nous ne ferons pas, malgré les statistiques favorables, car cela nous semble dangereux et illogique :

— Les colectomies idéales en urgence. Cette intervention nous paraît dangereuse sur un colon non préparé, malade et en pleine péritonite. Elle nous paraît illogique car il est difficile d'apprécier l'étendue des lésions et, partant, la longueur à réséquer.

Que ferons- nous en définitive ?

Il faut distinguer les cas faciles et les cas difficiles :

1° Les cas faciles groupent deux sortes de malades :

a) *Les malades évidemment médicaux* (obs. N°s 1, 2 par exemple).

Ce sont des malades en bon état général présentant une poussée de sigmoïdite avec plastron. Le traitement chirurgical d'urgence ne s'impose pas et on a le temps de mettre en œuvre un traitement médical qui doit être entrepris sans le moindre retard, bien conduit et intensif.

Il faut :

— D'abord lutter conte l'infection par l'antibiothérapie ; nous avons obtenu les meilleurs résultats avec la Terramycine intra-veineuse en perfusion 0,75 g par jour, associée à la Streptomycine-Pénicilline intra-musculaire.

— Lutter contre le facteur péritonéal par la glace sur l'abdomen.

— Lutter contre les phénomènes occlusifs qui sont constants par l'aspiration gastrique ou duodénale.

Il faut aussi réhydrater le malade, l'équilibrer aussi parfaitement que possible et s'aider précocement des dosages électrolytiques, le déséquilibre hydrosalin étant très rapide dans les formes graves,

Si ce traitement est entrepris assez tôt et assez énergiquement, l'évolution est en général favorable.

b) *Les malades évidemment chirurgicaux :*

Ce sont les cas de péritonites généralisées avec état général bon ou assez bon. L'intervention immédiate s'impose.

Il faut rechercher la perforation, la suturer soigneusement, avec épiplooplastie, faire une colostomie en amont des lésoins sur une zone qui paraît saine, habituellement le colon descendant. Il ne semble pas obligatoire, bien que cela soit classique, de placer la colostomie sur le transverse. Cette localisation a évidemment l'avantage d'être sûrement en tissu sain, mais la colostomie sur le descendant a le grand intérêt de permettre une colectomie segmentaire comprenant l'anus contre nature sans mutilation excessive.

Si la perforation n'est pas visible, il n'y a pas intérêt à pousser trop loin les recherches par des manœuvres qui peuvent être offensantes pour le colon et le rectum. Il se peut que la perforation soit déjà recouverte par les appendices épiploïques : le drainage et la colostomie, qui est dans ce cas absolument obligatoire, assureront la guérison.

2° Les cas difficiles.

a) *Les malades vus très tardivement, dans un état général extrêmement grave et pour lesquels on peut craindre un décès peropératoire.*

Il faut, à notre avis, tenter une réanimation pendant quelques heures mais opérer dès les premiers signes d'amélioration.

Nous avons opéré deux malades dans un état désespéré : ces deux malades ont guéri après des suites étonnamment simples. Dans un cas, par contre, où nous avons cru gagner en poursuivant la réanimation pendant plusieurs jours, nous avons eu, finalement, la main forcée et découvert à l'intervention des lésions nécrotiques et infectieuses au-dessus des ressources thérapeutiques. Il faut savoir, en somme, ne pas demander à la réanimation plus qu'elle ne peut faire. Elle rend le malade opérable, elle ne le guérit pas. Il arrive qu'on l'oublie.

b) *Les malades dont l'état s'aggrave sous traitement médical.*

Cette aggravation est insidieuse. Elle est camouflée par l'antibiothérapie et la réhydratation qui masque les signes généraux, par l'aspiration gastro-duodénale et la glace qui camouflent les signes locaux. On risque, en attendant trop, de laisser évoluer à bas bruit des lésions coliques vers une nécrose étendue : cela nous est arrivé deux fois. Aussi, nous pensons que lorsque l'évolution n'est pas rapidement favorable, même si l'état général du malade ou son âge ne sont guère encourageants, justement peut-être à cause de cet âge et de cet état général, il faut intervenir rapidement et faire au minimum une colostomie à la locale.

Il est bien préférable, quand on le peut et on le peut souvent, de faire, sous anesthésie générale, une lapa-

rotomie qui permet une exploration des lésions, le drainage et une colostomie en bonne place.

Telle est, à l'heure actuelle, l'attitude que nous pensons la plus logique, et nous pensons que, grâce à ce schéma thérapeutique souple mais qui élimine l'improvisation, il est possible d'améliorer le pronostic d'ensemble des sigmoïdites graves.

CONCLUSIONS

1° La fréquence des sigmoïdites graves paraît augmenter parallèlement à l'allongement de l'âge moyen de la vie.

2° Les péritonites aiguës d'origine sigmoïdiennes ne constituent pas une rareté.

3° Leur gravité particulière résulte du terrain sur lequel elles évoluent et surtout des hésitations thérapeutiques résultant elles-mêmes des incertitudes du diagnostic.

4° Le diagnostic de l'origine sigmoïdienne est pourtant possible dans la plupart des cas à condition d'y penser. Il n'y a pas de signe pathognomonique mais des signes de probabilité dont le groupement équivaut à une certitude.

5° Le diagnostic doit être fait sur les seuls éléments cliniques. Le lavement baryté inutile et dangereux doit être formellement proscrit en phase aiguë.

6° Le traitement qui doit être adapté à chaque cas particulier doit obéir à certains principes exposés au chapitre précédent. La colostomie en amont nous paraît demeurer un geste thérapeutique essentiel et nous reje-

tons par principe les interventions d'exérèse en urgence qui nous paraissent aveugles, inutiles, dangereuses.

7° Le meilleur traitement des complications péritonéales est prophylactique : Les sigmoïdites diverticulaires ou non, doivent être diagnostiquées plus souvent pendant la longue phase médicale qui précède les accidents aigus dans la plupart des cas. Leur connaissance doit entraîner un traitement médical prolongé qui, tout en soulageant le malade, préviendra les complications graves. Si celles-ci surviennent malgré tout, leur diagnostic en serait grandement facilité, leur traitement immédiatement entrepris et leur pronostic singulièrement amélioré.

Vu : *Le Président de Thèse*,
GRIMOUD.

Vu : *Le Doyen*,
LAZORTHES.

Vu et permis d'imprimer
Toulouse, le 11 avril 1961

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

1. Allen A. W. — Chirurgie de la Diverticulite du colon. *The American Journal of Surgery*, 1953, Vol. 86 N° 8.
2. Areseto P. L. — Perforations aiguës du colon sigmoïde. *El día medico*, 1950, 22, N° 54.
3. Armous J. L. — Sigmoïdites et perisigmoïdites de l'adulte. *Thèse PARIS* 1939.
4. Arnheim. — Complications chirurgicales de la diverticulaire. *Ann. of Surg.*, Septembre 48, 112, 352.
5. E. Aubertin. — Les Sigmoïdites 381-394. *J. Méd. Bordeaux*, 136 (3), Mars 1959.
6. H. E. Bacon et L. F. Sherman. — Traitement de la diverticulite du sigmoïde. *Ann. J. Surg.*, 80, 3-10 July 1950.
7. Bargen J. A. — Diverticulite du gros intestin. *Coll. Paper Mayo Clinic*, 70-72, 1952.
8. C. J. Barbokka. — Diverticulosis et diverticulitis. 278-285 *Gastro Enterology* 34 (2), Fév. 1958.
9. A. Bassler. — Les sigmoïdites. *N. Y State J. of Med.*, 45, 861-865, April 15 1945.

10. A. Bensaude et H. Thaly. — Hémorragie du sigmoïde d'origine diverticulaire : 6 cas. *Arch. Mal. App. digest*, 42, 944-958, July, August 1953.

11. Bertrand - Creyssel J. — Thérapeutique chirurgicale. Doin édit., 1951.

12. F. Bezzi. — Complications de la diverticulite. 600-610 *Minerva Chirurgica* (Torino), Juin 15 1957.

13. H. Bocetti. — Sigmoïdite et périsigmoïdite. *Rev. an Med. Argent.*, 68, 362-363, Juillet, 15-30, 1954.

14. Boles R. S. Jr. et Jordan S. M. — Aspect clinique de la diverticulose. 579-582, *Gastro-Enterology*, 35 (6), Déc. 1959.

15. Borra Molera F. — Diverticulose et diverticulite. *Rev. Espan. Enferm. App. Dig.*, Mai 1958 (409-505).

16. Boyden A. M. — Traitement chirurgical de la diverticulite colique. *Ann. Surg.*, Juil. 1950.

17. Brassine A. - Kempeneers J. — Quelques cas de perforations de diverticules du colon. 529-533. *Rev. Méd. Liège*, 13 (16), 15 août 1958.

18. Bruzzoni N. - Sigmoidis Quirurgicas. 2337-2338. *Prensa Med. Argent*, 45 (25), 20 Juin 1950.

19. Buck R. L. — Diverticulose - Diverticulite. *Dis. colon rect.*, Mai-Juin 1958.

20. A. Busson et G. Morin. — Diverticulite aiguë du sigmoïde et du colon gauche. *Press. Méd.*, 65-1852-1854, 25 Déc. 1954.

21. F. Carcassonne. — Accidents chirurgicaux des diverticulites. *Arch. mal, app. digest.* 40-1444-1446, Déc. 1951.

22. Colcock B. P. — Traitement chirurgical de la diverticulite. *Lahey clinic Bull.*, Juin-Sept. 1958, p. 28.

23. Colcock. B. P. — Traitement chirurgical de la diverticulite. 738-740, *Am. Surgeon*, 24 (10), Oct. 1958.

24. Colcock B. P. — Traitement chirurgical des complications de la diverticulite. 570-573 *N. England J. M.*, 259 (2), 18 Sept. 1958.

25. Colcock B. P. — Traitement chirurgical de la diverticulite. *Surg. clinic North America*, Juin 1950, 30 N° 3, 911-917.

26. *Congrès des Sociétés de Gastro-Entérologie du S. W. et du Littoral Méditerranéen*, Montpellier 26-27 mars 1951. In *Arch. Mal. App. Digestif*, 1951, N° 12.

27. Counseller V. — Diverticulite : Symptômes, complications et traitement en particulier chez la femme. *Ann. J. Obst. Gyn. N. York*,, vol. 55, N° 4, Avril 1948.

28. Crepy C. — Les acpects chirurgicaux des sigmoïdites. *Th. PARIS*, 1950.

29. Detrie Ph. — Perforations en péritoine libre du sigmoïde. *Presse Médicale*, 5 Oct. 1955, 64, 1309-1310.

30. Devaux J. P. — Contribution à l'étude des sigmoïdites, *Th. LYON*, 1956.

31. Donald J. M. — Le traitement chirurgical des diverticulites du colon. *Ann. Sugery*, mai 1951, 133, N° 5, 708-718.

32. Duprez. — Aspects chirurgicaux de la diverticulite sigmoïdienne. *Bruxelles Médical*. Fév. 1955.

33. Fallis L. S. - Mashall M. R. — Diverticulites aiguës du colon. *Ann. Jour. Surgery*, août 1950, 80, N° 2, 198, 203.

34. W. T. Fitts Jr. et L. D. Anderson. — Signes cliniques de la diverticulite. *J.A.M.A.*, 152 1427-1428, Aug. 8 1953.

35. Flynn J. E. — Aspect chirurgical des diverticulites. *Rev. of gastro-enterology*, 17-577-585, July 1950.

36. Fournier H. — Diverticules du colon. *Rev. du Praticien*, 2653-2654, 11 Sept. 57.

37. Friensen L. — Diverticulite du colon. *Surg. Clin. North Americ*, N° 4, Nov.-Déc. 1953.

38. Hardouin J. P. — Les sigmoïdites. *Concours Médical*, 27 Oct. 1951, 73, N° 43.

39. Hillemand. — Diverticules de l'intestin. Dans *Traité de Médecine*. Masson édit. Paris 1948, 628, 640.

40. Judd E. S. et Smith M. P. — Tendances actuelles dans le traitement de la diverticulite. P. 1019-1027 *Surg. Clin. N. America*, 37 (4), août 1957.

41. Lagache - Gauthier - Dupont. — Perforation du colon sigmoïde en péritoine libre. *Lille chirurgical*, 1925, 7, N°s 36-24-27.

42. Lenhargt C. G. et Fleming J. P. — Traitement chirurgical de la diverticulite. *J. Interne Coll. Surgeons*, 19, 135-145, Fef. 1953.

43. Lewis J. 1. et Hutwig A. — Traitement chirurgical de la diverticulite. *Surg.* 33, 481-494, Avril 1953.

44. D. Macdonald. — Aspect clinique de la sigmoïdite diverticulaire. *An. Pract.* et *Digest Treatment* I, 239-245, March 1950.

45. Mac Gregor R. A. et Bacon H. E. — Diverticulite du colon. P. 197-204 *Dis. colon rectum* I (3), Mai-Juin 1958.

46. Macquet M. et Delanoy E. — Les fistules entero-vésicales par sigmoïdite. P. 101-105 *Acta Urol Belg.* Avril 1958.

47. Manzoni A. R. — Complications de la diverticulite du colon sigmoïde. *Bol. Soc. Med. Rosario*, 22, 1-25, mai 1955.

48. May L. E. — Un nouveau traitement de la diverticulite (300 cas). P. 1814-1817. *J. Am. Gériat An.*, 6 (11) Nov. 1958.

50. Mayo C. W. et Cullen P. K. Jr — Diverticulose et diverticulite du colon. *N. York State J. M.*, 1 Juin 1959.

50 Mayo C. W. — Diverticulose et diverticulite du colon. *Coll. Pap. Mayo Clinic*, 1953.

51. Mayo C. W. et Blunt C. D. — Traitement chirurgical des complications de la diverticulite du colon. *Surg. Clin. North Americ*, août 1950, N°4, 30, 1005-1012.

52. Morton J. J. - Diverticulite of the colon. *Jr. Am. Surg.* 64, Nov. 1946.

53. Oberhelman H. A. — Sources d'erreurs dans le traitement de la diverticulite sigmoïdienne P. 257-266, *Surg. clin. N. America*, Feb. 1958.

54. O'Brien S. E. et Mustard K. I. — Traitement chirurgical de la diverticulite du sigmoïde. P. 256-261. *Canada Med. An. J.* 80 (4) 15 Feb. 1959.

55. Patterson H. A. — Traitement des complications de la diverticulite. *Surg. Clin. North Americ*, Mai-Juin 1955.

55 *b* Otero J. P. — Péritonite par diverticulite sigmoïdienne. *Archivos Urugayos de medecina cirugica y especialidades* (Montevideo), T. 34, N° 1. Janvier 1949.

56. Payne B. C. et Beatty J. — Etude de la diverticulite sur une période de 10 ans. *J. Michigan Med. Soc.*, Mars 1959.

57. Pemberton J., Black B. M., Maino R. - Progrès dans le traitement chirurgical de la diverticulite du colon sigmoïde. *Surg. Gyn. Obst. Chicago*, 85 N° 4, Oct. 1947.

57 *b* Harwitz et Solomons E. — Diverticulite : Un problème de diagnostic. P. 128-132. *Obs. et Gynec.*, août 1957.

58. Prat-Baschetta. — Les diverticules du colon iléo-pelvien. I. vol. PARIS-MASSON édit. 1942.

59. Roux et Lenoel. — *Journal de chirurgie*. N° 1-4. 1944, 21-31.

60. Roux. — Perforation du colon sigmoïde en péritoine libre. *Journal de chirurgie*, 1944 N° 1-21.

61. Shlicke C. P. et Logan A. H. — Traitement chirurgical des diverticulites du colon. P. 1019-1024. *J. Am. M. Ass.*, 7 mars 1959.

62. Sedgurick C. E. — Traitement chirurgical de la diverticulite et de ses complications.. *Surg. Clin. North Americ*, Juin 1951.

63. Seneque J. et Crepy C. — Aspects chirurgicaux des sigmoïdites. *J. Chirur.* 66 : 725-745, Nov. 1950.

64. Shann H. — Traitement chirurgical d'une occlusion aiguë par diverticulite. P. 196-197 *Am. Sur geon*, 24 (2), Feb. 1958.

65. Starkloff G. B. et J. E. Lewis Jr. — Traitement chirurgical des diverticulites. *Am. Surgeon* 22 : 295-300, Mars 1956.

66. J. W. Steward. — Réflexions sur la chirurgie des perforations dues à la diverticulite du sigmoïde. 3 cas - *S. Clinic North America* 30 P. 1491-1505, Oct. 1950.

67. Stone H. B. — Large melena of obscure origin. *Ann. Surg.* 120, 1954.

68. Strenger G. — Résection élective dans la diverticulite. P. 577-583. *Am. J. Surg.* Oct. 1957.

69. Thompson J. W. — Diverticulite aiguë. *J. international Coll. ob Surgeons* 17 : 52-64, Janv. 1952.

70. Thung L. A. — Complications de la diverticulite du sigmoïde. *Am. J. Surg.* 64, 386-399, Juin 1944.

71. Wakefield E. G. et Turnbull R. B. Jr. — Traitement médical et chirurgical de la diverticulite. P. 655-660. *Postgrad Med.* June 1958.

72. Waugh J. M. - Walt A. J. — Résection en un temps pour diverticulite sigmoïdienne. *Surg. clin. N. Amer.*, Oct. 1959.

73. Welch C. E. - Allen A. W. et Donalson G. A. — Valeur de la résection colique dans le traitement de la diverticulite. *Am. Surg.* 138 : 332-343, Sept. 1943.

74. Welch C. E. — Problème du traitement chirurgical de la diverticulite. *California Med.* 83 : 405-409, Déc. 1955.

75. Welch C. E. — Diverticulite du colon. P. 374-384 - *Am. Gastro-Enter.* 29 (4), April 1958.

76. West J. P. — Traitement chirurgical de la diverculite du colon sigmoïde. *N. Y. J. Med.* 52 : 239-332, Feb. I, 1952.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION. 9

CHAPITRE I : *Rappel anatomo-clinique.* 11

CHAPITRE II : *Nos Observations* 19

CHAPITRE III : *Discussion.* 35

1. Diagnostic des sigmoïdites aiguës 36

2. Traitement des complications péritonéales 45

CONCLUSION. 53

BIBLIOGRAPHIE. 55